

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/205/2025

ATAS/655/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 2 septembre 2025**

**Chambre 10**

En la cause

A \_\_\_\_\_,

recourant

représenté par Me Thierry STICHER, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et  
Andres PEREZ, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.**
- a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1972, a débuté un apprentissage comme tôlier en carrosserie le 1<sup>er</sup> septembre 1990.
  - b.** Entre 1995 et 1997, l'assuré a subi plusieurs accidents impliquant ses deux épaules (luxations récidivantes), en particulier son épaule droite lors d'un accident intervenu le 12 mai 1996, dont les suites ont été prises en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).
  - c.** L'assuré n'a pas pu terminer son apprentissage en raison de ses atteintes aux épaules.
- B.**
- a.** Le 26 mars 1997, il a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), mentionnant être en incapacité de travail depuis le 12 mai 1996 en raison de douleurs à l'épaule droite.
  - b.** Dans le cadre de cette demande, l'OAI a pris en charge une formation professionnelle initiale en faveur de l'assuré, avec une remise à niveau scolaire, deux stages, ainsi qu'un apprentissage de vendeur de pièces détachées automobiles.
  - c.** Selon le rapport final du 2 novembre 2004 du service de réadaptation professionnelle de l'OAI, l'assuré avait obtenu son certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) le 29 juin 2004, de sorte que le reclassement professionnel était terminé. Il avait pour la suite été engagé en qualité de vendeur en pièces détachées par l'entreprise auprès de laquelle il avait effectué son apprentissage. Après comparaison des revenus avant et après invalidité, l'assuré présentait un taux d'invalidité de 16.88%.
  - d.** Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2004, l'OAI a informé l'assuré qu'il estimait que sa réadaptation professionnelle avait été accomplie avec succès et prenait acte de son engagement, avec un salaire suffisamment élevé pour exclure le droit à une rente. La réadaptation professionnelle était ainsi achevée et d'autres mesures n'étaient pas envisagées.
  - e.** Par décision du 2 décembre 2004, l'OAI a octroyé rétroactivement à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> septembre 1999 au 31 octobre 2001. L'assuré avait commencé une réadaptation qui avait dû être interrompue en septembre 1999 suite à une aggravation de son état de santé et ce n'était qu'au mois de juillet 2001 qu'il avait pu à nouveau entreprendre des mesures professionnelles, raison pour laquelle il avait droit à cette rente limitée.
  - f.** Le 24 mai 2005, la SUVA a rendu une décision allouant à l'assuré une rente d'invalidité de 13% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25%, pour ses atteintes à l'épaule droite.

**C. a.** Le 26 janvier 2023, l'assuré, qui avait travaillé en dernier lieu en tant qu'agent de sécurité à plein temps, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en faisant état de problèmes au poignet droit, aux hanches et à l'épaule droite, de limitations dans les mouvements et d'une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022.

**b.** Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les documents médicaux suivants :

- les comptes rendus opératoires des 12 janvier et 8 mars 2000 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, relatifs à l'épaule droite ;
- les comptes rendus opératoires des 17 septembre 2009 et 28 janvier 2010 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, relatifs à la pose des prothèses de hanches bilatérales ;
- les rapports des 28 mai et 9 octobre 2020 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, relatifs aux prothèses de hanches et aux douleurs dans la région inguinale, respectivement, à la fracture de la malléole externe ;
- le rapport du 19 juin 2020 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, concernant le problème de syndrome du canal carpien aux deux mains ;
- les rapports du 10 juin 2020 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, établis à la suite des radiographies du même jour de la colonne lombaire et du bassin, ainsi que des deux mains ;
- le rapport du 21 juillet 2020 de la docteure G\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, portant sur l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 13 juillet 2020 du bassin ;
- le rapport du 24 juillet 2020 de la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, établi à la suite de la radiographie du 23 juillet 2020 de la cheville droite ;
- le rapport du 11 septembre 2020 de la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concernant une radiographie du même jour de la cheville droite ;
- le rapport du 14 septembre 2021 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant suite à une radiographie du 13 septembre 2021 du bassin ;
- le rapport du 18 novembre 2021 du docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, concernant les douleurs à l'épaule droite ;
- le rapport du 23 janvier 2023 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, établi à la suite de l'IRM du 18 janvier 2023 du poignet droit ;
- le protocole opératoire du 31 octobre 2022 et les rapports des 1<sup>er</sup> novembre 2022, 2 et 24 février 2023 du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste en

chirurgie de la main, relatifs aux interventions chirurgicales aux deux mains et aux douleurs à la main droite ;

- les rapports des 15 juillet 2020 et 16 mars 2023 du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, établis à la suite de l'IRM du 15 juillet 2020 de la cheville droite, respectivement de la radiographie du 16 mars 2023 des mains et des pieds ;
- le rapport du 24 février 2023 du docteur O\_\_\_\_\_, médecin généraliste ;
- le rapport du 25 juillet 2023 des docteurs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ du service de neuroradiologie diagnostique et interventionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), établi à la suite de l'IRM du même jour des poignet, main et doigts droits ;
- les rapports des 16 juin, 6 octobre 2020, 23 mars, 19 septembre 2022, 1<sup>er</sup> avril, 22 mai, 30 juin et 7 août 2023 du docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Il ressortait en particulier de ces rapports que l'assuré avait subi des interventions à l'épaule droite en 2000, la pose de prothèses de hanches bilatérales en 2009 et 2010, un accident en 2020 avec fracture de la malléole externe traitée conservativement et une intervention chirurgicale à chaque main en raison d'un syndrome de canal carpien bilatéral avec, à la suite de l'intervention à la main droite intervenue le 31 octobre 2022, des douleurs à la main et au poignet droits persistantes. En outre, il s'était plaint de douleurs dans la région inguinale et lombaire en 2020, et à l'épaule droite en 2021.

**c.** Dans un avis du 18 septembre 2023, le docteur S\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI, auquel avait été soumis le dossier médical de l'assuré, a indiqué que ce dernier était en incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022 pour les conséquences d'un rhumatisme inflammatoire chronique – aux main et poignet droits – compatible avec une polyarthrite rhumatoïde. Il a indiqué que le Dr O\_\_\_\_\_, dans son rapport du 24 février 2023, avait posé les diagnostics de statuts post cure du tunnel carpien droit le 31 octobre 2022 et suspicion de polyarthrite inflammatoire au niveau du poignet droit, et que le Dr R\_\_\_\_\_, dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2023, avait retenu d'abord un rhumatisme inflammatoire chronique compatible avec une polyarthrite rhumatoïde et une incapacité de travail totale, confirmée dans son rapport du 7 août 2023. Les limitations fonctionnelles retenues relatives à la main droite étaient une impossibilité de porter des charges et des difficultés à effectuer des mouvements répétitifs et des travaux minutieux. La situation clinique n'était pas stabilisée et il était proposé de revoir l'évaluation de la capacité de travail résiduelle après une durée plus longue de traitement, en interrogeant le rhumatologue en janvier 2024.

**d.** Dans un rapport du 17 octobre 2023, établi à la suite d'une scintigraphie osseuse réalisée le 6 octobre 2023, le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie

et médecine nucléaire, qui indiquait que cet examen était fait dans le cadre d'un bilan de douleurs articulaires de la main droite et de recherche d'un signe d'algodystrophie, a conclu en faveur d'une arthrose carpienne bilatérale avec remaniements articulaires plus importante du côté gauche et n'a pas observé de signe en faveur d'une algodystrophie du côté droit.

e. Selon un rapport intermédiaire du 3 mars 2024 du Dr R\_\_\_\_\_, auquel l'OAI avait demandé des renseignements complémentaires, l'évolution – concernant les main et poignet droits – n'avait pas été favorable depuis le dernier rapport du 7 août 2023. Il était rappelé que lors de ce dernier rapport, l'évolution évoquait alors une algodystrophie, soit un syndrome de douleur régional complexe (ci-après : un SDRC), plutôt qu'un rhumatisme inflammatoire et ce, malgré le rapport d'une IRM des poignet et main droits allant dans le sens d'une arthrite inflammatoire. L'évolution actuelle des douleurs et l'aspect clinique confortait le diagnostic de SDRC.

f. Le 19 mars 2024, le Dr S\_\_\_\_\_ du SMR a en particulier relevé que le Dr R\_\_\_\_\_ retenait dorénavant le diagnostic de SDRC, avec impossibilité de porter des charges avec la main droite et le membre supérieur droit et des difficultés à effectuer des mouvements répétitifs avec les main et poignet droits, ainsi que des travaux minutieux avec la main droite, et confirmait l'incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée indéterminée dans la mesure où la plupart des emplois, même adaptés, nécessitaient d'utiliser les main et poignet droits. Il a souligné le fait que trois diagnostics rhumatologiques avaient été évoqués et que les limitations fonctionnelles ne semblaient pas incompatibles avec une activité mono manuelle strictement adaptée, raison pour laquelle il proposait la réalisation d'une expertise rhumatologique.

g. Le 27 juin 2024, le docteur U\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a rendu, sur mandat de l'OAI, un rapport d'expertise dans lequel il a retenu, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, une ankylose du poignet droit sur probable capsulose, avec un status post cure du tunnel carpien droit le 31 octobre 2022 et une chondropathie luno-capitale et luno-hamatale modeste. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un syndrome lombovertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, un status post fracture de la tête de la fibula droite (post accident de la voie publique le 15 octobre 2020), ainsi qu'un status post prothèse totale de hanche droite en 2009 et gauche en 2010. Concernant l'activité habituelle d'agent de sécurité, il a estimé que « les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliqu[aient] que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure d'agent de sécurité, qui était déjà une activité partiellement adaptée, en l'absence de nécessité de porter des charges avec la main droite, [était] estimée à 60%, à augmenter de 10% par mois jusqu'à 90% et ce, dès ce jour et ce, médico-théoriquement depuis novembre 2029 [recte : 2023], soit après la scintigraphie effectuée le 17 octobre

2023, ayant permis d'exclure une algoneurodystrophie qui aurait pu expliquer la symptomatologie douloureuse au long cours ». Dans une activité sans port répétitif de charge avec la main droite de plus de 5kg, la capacité de travail était estimée à 100%, sans diminution de performance.

**h.** Par avis du 8 juillet 2024, le SMR a estimé que le rapport d'expertise était difficile à interpréter d'un point de vue de l'assurance-invalidité. Il a proposé de retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022 et estimé que la persistance des limitations fonctionnelles ne permettait pas du point de vue de l'assurance-invalidité de conclure à une capacité de travail de 90% dans l'activité habituelle. Il reconnaissait ainsi une aggravation de l'état de santé avec pour atteinte principale incapacitante, une ankylose du poignet droit sur probable capsulose, sur status post cure de tunnel carpien droit. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% dès le 17 octobre 2023 et les limitations fonctionnelles étaient le port répétitif de charge avec la main droite de plus de 5kg.

**i.** Le 17 juillet 2024, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité dès le 17 octobre 2023.

S'agissant du revenu sans invalidité, il a estimé que sans atteinte à la santé, l'assuré, qui avait travaillé en dernier lieu en qualité d'agent de sécurité, aurait réalisé en 2022, selon le questionnaire rempli par sa dernière employeuse, un salaire de CHF 26.35 de l'heure, soit, pour un plein temps de 40 heures par semaine sur douze mois, un revenu annuel de CH 54'808.-. Comme ce montant était inférieur de plus de 5% aux valeurs statistiques médianes usuelles dans la branche (mise en parallèle) selon le revenu statistique fondé sur l'ESS, il y avait lieu de prendre une valeur de 95% de ce revenu médian pour déterminer le salaire sans invalidité. En effet, selon la table TA1 de l'ESS 2022, dans une activité simple et répétitive (niveau 1), dans le secteur de la sécurité (ligne 80), un homme pouvait réaliser un revenu de CHF 4'637.- en 2022, ce qui correspondait à CHF 58'487.- par an en tenant compte d'une durée normale de travail hebdomadaire de 42 heures (CHF 4'637.- / 40 x 42 x 12). Après indexation de ce montant selon l'ISS à 2023, on obtenait un revenu annuel statistique de CHF 59'523.-. Ce revenu statistique était ainsi pris en compte à hauteur de 95%, ce qui aboutissait à un revenu sans invalidité de CHF 56'547.-.

Concernant le revenu avec invalidité, il ressortait de la table TA1 de l'ESS 2022 que dans une activité simple et répétitive (niveau 1), tous secteurs confondus (ligne « total »), un homme pouvait réaliser un revenu de CHF 5'305.- en 2022, ce qui correspondait à CHF 5'530.- par mois (ou CHF 66'357.- par année) en tenant compte d'une durée normale de travail hebdomadaire de 41.7 heures (CHF 5'305.- x 41.7 / 40). Indexé à 2023, ce montant aboutissait à un revenu annuel de CHF 67'472.- pour une activité à plein temps, sans abattement.

En comparant les deux revenus, la perte de gain et le degré d'invalidité étaient nuls.

**j.** Le 18 juillet 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'invalidité entière limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 janvier 2024.

**k.** Le 12 septembre 2024, l'assuré, représenté par un avocat, a contesté ce projet de décision. Il a fait valoir qu'il avait bénéficié d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 1999 au 31 octobre 2001 et que l'invalidité s'était poursuivie, selon la SUVA, à un degré de 13%, conformément à sa décision du 24 mai 2005. Il n'était ainsi pas possible de retenir le revenu qu'il aurait réalisé en 2022 selon le dernier employeur, dès lors que cette situation correspondait déjà à une invalidité partielle, et il convenait de se référer au revenu qu'il réalisait avant son accident de 1996 à l'origine de son invalidité de 1999, et de le réactualiser. Sur le plan médical, il a relevé que la situation d'invalidité remontant à 1999 n'était pas connue du SMR, lequel n'avait pas tenu compte des affections et limitations fonctionnelles correspondantes. L'invalidité reconnue dès 1999 avait pour origine un accident de 1996 qui avait provoqué une atteinte à l'épaule droite qui n'avait jamais pu être entièrement résolue. En outre, il avait bénéficié de la pose de deux prothèses de hanches. Il produisait un avis du 6 septembre 2024 de son médecin, le Dr R\_\_\_\_\_, qui ne portait que sur l'atteinte du poignet, de sorte qu'il convenait également de tenir compte des limitations fonctionnelles liées à l'invalidité partielle remontant à l'accident de 1996. Au final, son incapacité de travail était entière dans toute activité et il avait ainsi droit à une rente d'invalidité de 100%. Subsidiairement, il a sollicité le complément de l'instruction tant sur le plan médical que par une mesure d'observation et d'orientation professionnelle.

Dans son avis du 6 septembre 2024, le Dr R\_\_\_\_\_ a critiqué le fait que l'expert n'ait pas retenu de diagnostic de SDRC, en motivant sa position. Il estimait, qu'en tant que droitier, avec des limitations importantes du poignet droit, avec une impossibilité de porter des charges, d'effectuer des mouvements répétitifs et de réaliser des travaux manuels minutieux, l'assuré était empêché d'effectuer la plupart des emplois dans sa sphère de compétence. La capacité de travail dans l'activité d'agent de sécurité ne paraissait pas de 60% et encore moins de pouvoir être augmentée de 10% par mois jusqu'à 90%, étant précisé que les justifications conduisant à une telle augmentation de la capacité de travail tous les 30 jours n'étaient pas compréhensibles. Dès lors où en tant qu'agent de sécurité, il devait pouvoir intervenir physiquement en cas de danger, la capacité de travail dans cette activité paraissait tout au plus de 20% à 30% d'un point de vue théorique. L'assuré avait également travaillé par le passé comme livreur, magasinier, manutentionnaire, chauffeur-livreur et agent d'entretien mais dans tous ces emplois, il ne paraissait pas possible qu'il puisse travailler avec sa main /poignet droits puisque dans ces activités, un travail avec une seule main, en l'occurrence la gauche, n'était pas possible. Quant aux limitations fonctionnelles, elles étaient clairement minimisées dans le rapport d'expertise, puisqu'en plus de l'incapacité

du port de charge de plus de 5 kg, l'assuré était limité pour des travaux avec des mouvements répétitifs de la main et du poignet droits et pour des travaux minutieux avec cette même main.

**l.** Dans un avis du 30 septembre 2024, le SMR a retenu des limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir l'impossibilité d'effectuer des mouvements répétitifs de la main/poignet droits, et des travaux minutieux avec cette même main. Pour le surplus, il a maintenu sa précédente appréciation.

**m.** Le 29 octobre 2024, l'OAI a déterminé une nouvelle fois le degré d'invalidité dès le 17 octobre 2023, en reprenant les mêmes calculs et montants que ceux retenus le 17 juillet 2024, sous réserve du revenu avec invalidité auquel il a ajouté un abattement de 15%, en raison des limitations fonctionnelles qui rendaient exigible seulement une activité légère, ce qui aboutissait à un revenu d'invalidité de CHF 57'351.- (15% de CHF 67'472.-). Cependant, en comparant les revenus de valide et d'invalidité, la perte de gain et le degré d'invalidité demeuraient nuls.

**n.** Par décision du 13 décembre 2024, l'OAI a alloué au recourant une rente d'invalidité entière du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 janvier 2024. Dans la motivation jointe, l'OAI a reconnu que l'intéressé présentait une incapacité de travail totale dans toutes activités dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022 (début du délai d'attente) et qu'en septembre 2023 (échéance du délai d'attente) l'incapacité de gain était toujours de 100% et se confondait avec le degré d'invalidité, de sorte qu'il avait droit à une rente entière. Depuis le 17 octobre 2023, son état de santé s'était amélioré et sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à son atteinte à la santé.

**D. a.** Par acte du 21 janvier 2025, l'assuré, représenté par un avocat, a interjeté recours par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision et au constat qu'il avait droit à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2022 sans limite de temps. Préalablement, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, pour déterminer l'ensemble de ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail résiduelle éventuelle en temps et en rendement, ainsi que des mesures d'observation professionnelle judiciaires. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, dont la réalisation d'une nouvelle expertise médicale et la mise en place de mesures d'observations professionnelles.

Il a fait valoir que l'intimé n'avait mené l'instruction que sur la problématique du poignet droit alors même que depuis son accident de 1996, il souffrait de diverses affections (épaule, hanche, poignet, etc.) et percevait d'ailleurs depuis 2005 une rente d'invalidité à hauteur de 13% de la part de l'assurance-accidents en lien avec la problématique de l'épaule. Il appartenait à l'intimé d'entreprendre les instructions complémentaires nécessaires en lien avec ses autres atteintes et de procéder à une analyse globale de la situation. L'expertise avait analysé sa capacité de travail exclusivement sous l'angle des affections au poignet droit, ce

qui n'était pas suffisant. Il était peu compréhensible que l'assurance-accidents retienne toujours une invalidité de 13% alors que l'intimé concluait à une invalidité de 0%, en sachant que l'assurance-accidents était plus rigoureuse dans l'octroi de prestations. Par ailleurs, en raison des affections relatives à la main dominante, à l'épaule et aux hanches et afin de déterminer de manière aussi concrète que possible l'éventuelle capacité de travail dans le marché ordinaire de l'emploi, des mesures d'observations professionnelles se justifiaient pleinement. Il n'était pas du tout rendu vraisemblable qu'un assuré mono-manuel comme lui, limité en sus dans les mouvements du haut (épaule) et du bas (hanche) du corps, dispose d'une capacité de travail résiduelle à même de satisfaire le circuit économique ordinaire. Concernant l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, elle n'était pas probante, dès lors que le SMR lui-même s'en était écarté sur des éléments fondamentaux comme le caractère exigible ou non de l'activité d'agent de sécurité. En outre, l'intimé, sur la base du rapport du Dr R\_\_\_\_\_, avait complété la liste et l'ampleur des limitations fonctionnelles retenues par l'expert. Ainsi, l'avis de l'expert sur la capacité de travail résiduelle, outre le fait qu'il semblait se baser exclusivement sur les affections au poignet, avait été complètement écarté par l'intimé, qui s'était donc forgé une appréciation médicale différente sans procéder à une nouvelle expertise. Enfin, l'expert s'était basé sur un examen de scintigraphie pour nier l'existence d'un SDRC alors qu'un tel procédé n'avait aucune valeur médicale reconnue.

S'agissant du degré d'invalidité, il a fait valoir que sans atteinte à la santé et sans son accident de 1996, il aurait continué sa formation de carrossier et exercé cette activité. Aussi, pour déterminer son revenu de valide il convenait de tenir compte du revenu selon la convention collective de travail dans le secteur de la carrosserie, subsidiairement de celui de magasinier, activité qu'il avait exercée durant plus quinze ans, contrairement à celle d'agent de sécurité qui était anecdotique dans son parcours professionnel. Quant au revenu d'invalidé, il était nul, dès lors qu'il n'avait aucune capacité de travail résiduelle dans le marché ordinaire. Subsidiairement, il se référait à une activité de service (ligne 77-79-82 des ESS) avec un abattement de 20% et une baisse de rendement de 25%. Au final, dans toutes ces hypothèses, le taux d'invalidité à retenir était supérieur à 70%, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

**b.** Par mémoire réponse du 19 février 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Son instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant, de sorte que des mesures d'investigation complémentaires par la chambre de céans s'avéraient inutiles. Toutes les atteintes à la santé du recourant avaient été prises en compte par l'expert, lequel avait estimé que celles incapacitantes étaient une ankylose du poignet droit sur probable capsulose, status post cure de tunnel carpien droit. Le SMR avait expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions de l'expert quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle d'agent de sécurité.

Le recourant n'avait apporté aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction et de l'expertise, suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions tant de l'expert que de l'intimé. « Sans atteinte à la santé [l'intéressé] travaillait dans le domaine de la sécurité » et comme son revenu était inférieur au salaire statistique, il avait été procédé à un parallélisme des revenus. Quant au gain avec invalidité, c'était à juste titre qu'il s'était fondé sur les ESS pour une activité de niveau 1 dans des travaux légers, valable également pour des activités mono-manuelles légères, avec un abattement de 15%.

**c.** Le 11 mars 2025, le recourant a intégralement persisté dans les termes et conclusions de son recours. Contrairement à ce qu'indiquait l'intimé, l'expert n'avait pas pris en compte toutes ses atteintes à la santé. Les troubles à l'épaule droite à l'origine de l'invalidité de 13% dès 1996 ne faisaient pas partie des diagnostics retenus ni n'étaient discutés, le diagnostic de rhumatismes inflammatoires chroniques compatible avec une polyarthrite rhumatoïde était à peine mentionné et pas réellement discuté, de même que l'existence des deux prothèses de hanches. Pour le surplus, il a réitéré ses précédents griefs.

**d.** Par pli du 2 avril 2025, l'intimé a maintenu sa position.

**e.** Ce courrier a été transmis au recourant par pli du 3 avril 2025.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

**1.2** Interjeté dans la forme et en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA et 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

**2.** Le litige porte sur le taux d'invalidité du recourant à compter du 17 octobre 2023 et son droit au versement d'une rente au-delà du 31 janvier 2024.

### **3.**

**3.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

**3.2** En l'occurrence, est litigieuse la révision, au sens de l'art. 17 LPGA, d'une rente d'invalidité dont le droit est né le 1<sup>er</sup> septembre 2023, soit postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

- 4.** Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'art. 4 al. 1 LAI dispose que l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où

elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.1** En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations.

**4.2** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_231/2016 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

**4.3** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la

---

fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

**4.4** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et la référence ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

5. En l'espèce, la chambre de céans rappellera tout d'abord que, dans le cadre de la première demande de prestations déposée le 26 mars 1997 en raison d'une atteinte à l'épaule droite, le recourant, qui était alors en train de terminer son apprentissage de carrossier, a bénéficié d'un reclassement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en tant que vendeur en pièces détachées, activité qu'il pouvait exercer à 100%. À l'issue de ce reclassement, son degré d'invalidité a été évalué à 17%. Par décisions du 1<sup>er</sup> et du 2 décembre 2004, entrées en force, l'intimé a mis fin aux mesures professionnelles et octroyé rétroactivement à

l'intéressé une rente d'invalidité entière limitée à la période du 1<sup>er</sup> septembre 1999 au 31 octobre 2001, en raison d'un épisode d'aggravation de son état de santé.

Le 26 janvier 2023, le recourant a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant des problèmes au poignet droit, aux hanches et à l'épaule droite. Dans sa décision litigieuse du 13 décembre 2024, l'intimé lui a reconnu le droit à une rente entière limitée à la période du 1<sup>er</sup> septembre 2023 au 31 janvier 2024. Il s'est fondé sur les avis des 8 juillet et 30 septembre 2024 du SMR, lequel s'est référé au rapport d'expertise du 27 juin 2024 du Dr U\_\_\_\_\_ pour admettre une incapacité totale de travail dans toute activité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2022, puis une amélioration de l'état de santé depuis le 17 octobre 2023, date à compter de laquelle l'intéressé avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**5.1** Le recourant conteste avoir récupéré une capacité de travail entière dans un métier adapté dès le 17 octobre 2023 et soutient être dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle en raison de ses différentes atteintes.

Il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre « 2022 » sans limite dans le temps, ce qui semble, au vu des griefs et développements figurant dans ses écritures, être le résultat d'une erreur de plume. L'incapacité de travail durable ayant débuté en septembre 2022, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le début du droit à la rente d'invalidité au 1<sup>er</sup> septembre 2023, soit à l'issue du délai d'attente d'une année.

**5.2** Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise rhumatologique, ainsi que des conclusions du SMR, en tant qu'ils retiennent une amélioration de l'état de santé à compter du 17 octobre 2023.

Sur le plan formel, il ressort du rapport d'expertise que l'expert a opéré une synthèse du dossier, rapporté les plaintes du recourant relatives à ses douleurs aux poignets et à ses lombalgies, établi une anamnèse, mentionné les traitements actuels et noté ses constatations relatives à l'examen clinique.

Sur le plan matériel, l'expert a estimé que le recourant présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, une ankylose du poignet droit sur probable capsulose, avec status post cure du tunnel carpien droit le 31 octobre 2022 et avec une chondropathie luno-capitale et luno-hamatale modeste. Il a également retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, de status post fracture de la tête de la fibula droite (post accident de la voie publique le 15 octobre 2020), ainsi que de status post prothèse totale de hanche droite en 2009 et gauche en 2010.

L'expert a mentionné que le diagnostic de SDRC avait été infirmé par l'examen de scintigraphie effectué le 17 octobre 2023. Il a estimé qu'il n'y avait pas de signe d'une atteinte inflammatoire, ce qui, selon lui, s'apparentait à l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_, qui décrivait l'absence d'une telle atteinte. L'expert a expliqué que

les résultats d'examen étaient valides et compréhensibles mais que le socle somatique, malgré la présence de troubles dégénératifs modestes sous-jacents, ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et de l'impotence fonctionnelle qui en découlait dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle. Il n'a pas observé de divergence ressortant du dossier à mettre en évidence. L'expert a précisé que l'ankylose au poignet droit avait probablement été favorisée par le port d'une attelle en permanence, mais que l'absence d'amyotrophie permettait de rendre le pronostic meilleur sur la récupération.

S'agissant de l'activité habituelle d'agent de sécurité, il a indiqué qu'elle était déjà partiellement adaptée car elle n'impliquait pas, selon lui, de port de charges avec la main droite. Dans cette activité, il a estimé que, du point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail était médico-théoriquement de 60% depuis novembre 2023, soit après la scintigraphie effectuée le 17 octobre 2023 qui, à son avis, avait permis d'exclure une algoneurodystrophie qui aurait pu expliquer la symptomatologie douloureuse au long cours. Il a considéré qu'il y avait eu une augmentation de cette capacité de travail de 10% par mois jusqu'à atteindre les 90%. Aussi, au jour de l'expertise, la capacité de travail était de 90% dans la dernière activité habituelle d'agent de sécurité. Concernant les limitations fonctionnelles, il a retenu le port répétitif de charge avec la main droite de plus de 5 kg. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'exigibilité était estimée à 100%, sans diminution de rendement.

**5.3** D'emblée, la chambre de céans relève que le SMR a déclaré s'être écarté des conclusions de l'expert à propos de la capacité de travail du recourant, en raison de la difficulté à interpréter son rapport, retenant, au contraire de l'expert, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'agent de sécurité. S'agissant également des limitations fonctionnelles, on notera que l'expert n'a retenu que le port répétitif de charge avec la main droite de plus de 5 kg, alors que le SMR admet, en plus de cette restriction, l'impossibilité d'effectuer des mouvements répétitifs de la main et du poignet droits, ainsi que des travaux minutieux avec cette même main.

Or, le fait que les conclusions de l'expert, sur ces questions fondamentales que sont la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, aient été écartées par le SMR soulève déjà un doute sur la valeur probante du rapport d'expertise.

En outre, ce document, qui manque de clarté, est peu convaincant pour les raisons suivantes.

D'une part, l'expert n'a pas discuté la divergence d'opinion avec le Dr R\_\_\_\_\_ au sujet du diagnostic de SDRC, posé par ce dernier. Sur cette question, l'expert s'est contenté d'indiquer que l'examen de scintigraphie effectué le 17 octobre 2023 infirmait la présence d'un SDRC. Or, le Dr R\_\_\_\_\_ a souligné dans son rapport du 3 mars 2024 qu'il persistait à confirmer ce diagnostic. Il a ensuite expliqué, dans son rapport du 6 septembre 2024, qu'une scintigraphie osseuse normale ne

permettait pas d'infirmier un tel diagnostic, car la sensibilité de cet examen n'était pas de 100% et tout dépendait du moment auquel il était réalisé et que, dans le cas du recourant, il avait été effectué tardivement, presque une année après l'apparition des symptômes au poignet droit. Il a relevé que le chirurgien qui avait opéré le recourant avait signalé dans son rapport du 24 février 2023 une évolution algoneurodystrophique avec rougeurs, chaleurs et douleurs, ce qui, selon lui, était typique de la première phase d'un SDRC appelée phase chaude ou pseudo-inflammatoire. Il a précisé qu'il avait lui-même vu le recourant seulement après cette première phase, or c'était surtout lors de celle-ci que la scintigraphie osseuse donnait un résultat anormal typique d'un SDRC. Il a relevé que l'évolution clinique vers des douleurs chroniques du poignet droit et une ankylose comme lors d'une capsulite ou capsulose, survenait habituellement après la phase dite chaude. Selon lui, la description initiale et l'évolution de l'affection chez le recourant au cours des mois suivants étaient tout à fait évocatrices d'un diagnostic de SDRC avec une limitation importante de la mobilité du poignet comme lors d'une ankylose. Il a également expliqué que le SDRC était une affection complexe, parfois moins typique dans sa présentation et son évolution, que la description des trois phases avait été critiquée puisque celles-ci n'étaient pas toujours toutes présentes et que la scintigraphie osseuse et les radiographies ne figuraient pas parmi les critères diagnostiques utilisés actuellement. Il a estimé que dans le cas du recourant, il s'agissait d'un SDRC atypique en phase chronique (soit une algoneurodystrophie), avec une limitation de la mobilité du poignet et des douleurs, et qu'il n'était donc pas étonnant qu'il y ait une discordance entre les troubles dégénératifs légers à modérés et une très importante limitation de la mobilité du poignet due aux conséquences du SDRC. Il a encore indiqué qu'il était bien connu dans la documentation médicale qu'il existait une incapacité de travail persistante chez les personnes ayant souffert d'un SDRC. Il a considéré qu'en tant que droitier, avec des limitations importantes du poignet droit, avec une impossibilité de porter des charges, d'effectuer des mouvements répétitifs du poignet droit et de réaliser des travaux manuels minutieux, le recourant avait tout au plus une capacité de travail théorique de 20% à 30% dans son activité habituelle d'agent de sécurité.

Ainsi, le Dr R\_\_\_\_\_ a exposé, de manière claire, motivée et plutôt convaincante, en s'appuyant sur de la documentation médicale, les raisons pour lesquelles il retenait le diagnostic de SDRC. Cette appréciation – qui n'a pas été discutée – contribue également à remettre en cause la valeur du rapport d'expertise, ce d'autant plus que l'expert a mentionné que la présence d'une algoneurodystrophie aurait pu expliquer la symptomatologie douloureuse au long cours.

D'autre part, la chambre de céans observe que cette expertise ne permet pas de se déterminer sur la situation médicale globale du recourant, dès lors que l'expert n'a pas abordé la question des atteintes aux épaules, en particulier à l'épaule droite. En effet, il s'est limité à mentionner que lors de son examen clinique, les différents

tests réalisés aux épaules étaient négatifs et que le recourant avait subi une luxation de l'épaule droite en 1996, opérée à trois reprises en 1996 et 2000. Il n'a en particulier retenu aucun diagnostic – pas même sans incidence sur la capacité de travail – concernant l'épaule droite, ni discuté cette question. Or, on rappellera que dans le cadre de la première demande de prestations, l'intimé avait, en 2004, déterminé le taux d'invalidité du recourant et conclu qu'après son reclassement professionnel, son taux était de 17%, en tenant justement compte des atteintes à l'épaule droite. On relèvera également que l'assureur accident a alloué à l'intéressé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% en raison des atteintes à l'épaule droite, ainsi qu'une rente d'invalidité de 13%, laquelle est encore versée à ce jour. Ces éléments démontrent qu'il était nécessaire de prendre en considération – à tout le moins d'analyser – la question des atteintes à l'épaule droite pour apprécier l'état de santé général du recourant et déterminer sa capacité de travail.

Enfin, on relèvera que le recourant s'est plaint de lombalgies auprès de l'expert, lequel les a constatées lors de son examen clinique et rapportées dans son rapport d'expertise. L'expert a, à cet égard, retenu la présence d'un syndrome lombovertébral récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans discopathie, en indiquant que la radiographie de la colonne lombaire qui aurait été réalisée le jour de l'expertise, ne présentait pas de particularités et que l'examen segmentaire mettait en évidence une hypomobilité de toute la région lombaire basse avec hypoextensibilité des érecteurs lombaires. Il a estimé que ce diagnostic n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, sans toutefois expliquer clairement son appréciation. Il sied d'ailleurs de noter que la partie évaluation et appréciation du rapport d'expertise ne porte que sur le poignet droit. Or, dans la mesure où les lombalgies ont été constatées par l'expert, on pouvait attendre de celui-ci qu'il motive sa position quant à l'absence de toute répercussion sur la capacité fonctionnelle du recourant.

**5.4** Eu égard à ce qui précède, il y a lieu de retenir que le rapport d'expertise n'établit pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant aurait présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 17 octobre 2023.

Quant à l'appréciation du SMR, elle reprend les diagnostics retenus par l'expert et ne tient ainsi pas compte d'un éventuel diagnostic de SDRC, tel que posé par le Dr R\_\_\_\_\_, ni des atteintes à l'épaule droite du recourant.

Force est ainsi de constater que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur le rapport d'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, ni sur les conclusions du SMR, pour rendre sa décision litigieuse d'octroi de rente d'invalidité limitée au 31 janvier 2024.

**5.5** Dans ces conditions, en l'absence d'une appréciation suffisamment convaincante et circonstanciée permettant de déterminer si et dans quelle mesure la capacité de travail du recourant s'est améliorée à compter du 17 octobre 2023, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige.

Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède à une instruction complémentaire, sous la forme d'une nouvelle expertise indépendante, au sens de l'art. 44 LPGA, en matière rhumatologique, voire également orthopédique, laquelle devra porter sur la situation médicale complète du recourant, comprenant notamment ses problèmes aux main et poignet droits – y compris sur la question de la présence d'un syndrome d'algoneurodystrophie –, aux épaules, au dos et aux hanches. Un renvoi à l'intimé se justifie, en l'occurrence, vu les carences de ses investigations médicales.

**5.6** Compte tenu de l'instruction lacunaire du dossier, il est prématuré à ce stade d'examiner les griefs du recourant concernant le calcul du degré d'invalidité.

- 6.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle supprime le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> février 2024, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.

Le recourant qui obtient partiellement gain de cause et est assisté par un avocat, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 13 décembre 2024 en tant qu'elle supprime le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> février 2024.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Alloue au recourant, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'500.-, à titre de dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le